

Année scolaire
1937-1938

THÈSE

N° 23

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 Mars 1938, à 17 heures

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

CATTEAU ANDRÉ-CYRILLE-MARIE-GÉRARD

Né à LILLE (Nord), le 25 Juin 1911

Syndrome Hépato-Biliaire de l'Aérophagie et son Traitement

(Travail du Service d'Hépatologie de St Phllibert)

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront posées
sur les différentes parties de l'enseignement médical.*

Président de la thèse : M. PERRIN.

Suffragants : { MM. SIMONIN,
ABEL,
KISSEL.

Imprimerie G. SAUTAI
46, Rue Gauthier-de-Châtillon, 46

LILLE

1938

**Syndrome Hépatobiliaire de l'Aérophagie
et son Traitement**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547411_0007

Année scolaire
1937-1938

THÈSE

N° 23

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 Mars 1938, à 17 heures

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

CATTEAU ANDRÉ-CYRILLE-MARIE-GÉRARD

Né à LILLE (Nord), le 25 Juin 1911

Syndrome Hépato-Biliaire de l'Aérophagie et son Traitement

(Travail du Service d'Hépatologie de St Philibert)

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront posées
sur les différentes parties de l'enseignement médical.*

Président de la thèse : M. PERRIN.

Suffragants : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM. SIMONIN,} \\ \text{ABEL,} \\ \text{KISSEL.} \end{array} \right.$

Imprimerie G. SAUTAI
46, Rue Gauthier-de-Châtillon, 46

LILLE

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, C. *, I §.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I § ;

WEISS, O *, I § ; BOUIN, O *, I § ; ANCEL, *, I § ;

GARNIER, *, I § ; MACE, *, I § ; P. PARISOT, O *, I §.

DUFOUR, *, I § ; HOCHÉ, O *, I § ; FRÖELICH, *, I § ; LAMBERT, *, I §.

Professeurs :

Clinique des malad. syphil. et cutanées	M. L. SPILLMANN, C. *, I §.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. FRUHHINSHOLZ, O *, I §.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I §.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRE, O. *, I §.
Histologie	M. R. COLLIN, *, I §.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, O *, I §.
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I §.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I §.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, *, I §.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C *, I §.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I §.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I §.
Physiologie	M. SANTENOISE, *, I §, A §.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, *, I §.
Bactériologie et parasitologie médicale.	M. DE LAVERGNE, *, I §.
Thérapeutique	M. SIMONIN, I §.
Clinique gynécologique	M. BINET, *, I §.
Pathologie chirurgicale	M. M. BARTHELEMY, *, I §.
Anatomie pathologique	M. WATRIN, *, I §.
Hydrologie	N...
Professeur sans chaire	M. L. JOB, *, I §.

Chargés de Cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses	M. ABEL, *, I §, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, I §, prof.
Clinique gynécologique	M. DROUET, I §, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, *, I §, prof.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A §, agrégé.
Clinique des vieillards	M. DE LAVERGNE, *, I §, profes.
Propédeutique dermatologique	M. DROUET, I §, agrégé.
Médecine opératoire	M. WATRIN, *, I §, prof.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHELEMY, *, I §, profes.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, *, I §, ch. du c. ag.
Obstétrique	M. JOB, *, I §, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, *, I §, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. KISSEL, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, *, I §, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, *, I §, agrégé.
Education physique (1)	M. HAMEL, *, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, I §, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, I §, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, § docteur.
	M. DOMBRAY, § docteur.

Agrégés en exercice :

MM. MERKLEN, I §.	MM. WOLFF, A §.	MM. GUILLEMIN, A §.
FLORENTIN, §.	MELNOTTE, O *.	ABEL, *, I §.
BODART, I §.	MUTEL, *, I §.	DROUET, A §.
CHALNOT, I §.	VERMELIN, *, A.	KISSEL, I §.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, *, I § ; S. REMY, I § ; BUSQUET, I § ;
LAMY, *, I § ;

M. E. TRIBOLET, I §, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les imputer.



A Monsieur le Professeur PARTURIER

Médecin du Quai d'Orsay

*Il nous a suggéré le sujet de cette thèse. Nous
lui exprimons toute notre gratitude.*

A MES MAÎTRES

de la Faculté Libre de Médecine

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur PERRIN

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de Thérapeutique

A la Faculté de Médecine de Nancy.

*En hommage de respectueuse reconnaissance
pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant
la présidence de cette thèse.*

A MES JUGES :

Monsieur le Professeur SIMONIN.

Monsieur le Professeur Agrégé ABEL

Monsieur le Professeur Agrégé KISSEL

INTRODUCTION

Je dois dire mon étonnement lorsque, il y a déjà plusieurs années, à la consultation de St.-Philibert j'entendis le Professeur Parturier proposer le même diagnostic d'aérophagie sur deux malades juxtaposés en vue de cette leçon: un homme de 55 ans qui s'étranglait à aboyer ses éructations et une jeune fille de 18 ans qui, de minutes en minutes, par des mouvements peu perceptibles avalait sa salive. « Est-ce être aérophage, c'est-à-dire mangeur d'air que d'en vomir ? Interrogeant notre maître. Non ! si nous nous enfermons dans une définition par trop littérale.

La véritable mangeuse d'air est cette jeune fille qui l'absorbe discrètement mais de manière incessante. Seulement à force d'en déglutir elle peut en avoir une indigestion et le vomir avec fracas et alors elle sera semblable à l'autre malade que vous voyez secoué par un véritable aboiement.

Ainsi s'éclairait dans mon esprit un problème jusque-là complexe dont les lectures classiques n'avaient pas dissipé toutes les ombres.

Il faut bien avouer avec Ch. Jacquelin que les *classiques* ont en effet défini comme *mangeurs d'air*, soit des vomisseurs d'air (morbus éructans), soit des météorisés.

Dans la distension gazeuse du tube digestif que Jacquelin envisage comme l'élément le plus fixe de ce syndrome, il s'attache à démontrer l'intervention dominante d'un état parétique des muscles lisses. Pour nous, les aérophages restent des mangeurs d'air et ce n'est pas l'éruclation, mais bien au contraire la déglutition excessive d'air qui les caractérise.

En effet parmi les distendus gazeux du tube digestif que nous observons, les uns répondent au type parétique, et avec M. Parturier nous ne les considérons pas comme des aérophages, mais comme des météorisés ; les autres réalisent un syndrome où le spasme nous a paru dominer.

Chez ces derniers, en dehors de toute alimentation, l'on assiste à des mouvements de déglutition répétés, aisément constatables à la vue, perceptibles le plus souvent à l'ouïe et que l'examen radiologique peut contrôler. De temps à autre, une ou plusieurs éructations évacuent l'estomac, sinon la sonorité gastrique s'exagère. L'on est donc en mesure d'affirmer en toute exactitude qu'une manducation d'air s'est produite : une gorgée d'air mêlée à une quantité plus ou moins grande de salive a joué le rôle d'un bol alimentaire, franchi le carrefour bucco-pharyngé et le péristaltisme œsophagien l'a poussé jusque dans l'estomac. Elle y ajoute sa masse chaque fois accrue à la poche d'air normale, ma-

telas toujours prêt, à absorber les différences de pression, mais aussi agent de distension et éventuellement de souffrance de l'organe creux.

A un degré très variable suivant la sensibilité des parois gastriques et l'exaltation du système nerveux, cette distension va en effet entraîner toute une série de phénomènes douloureux et réflexes dans le domaine digestif, dans le domaine respiratoire et même dans le domaine circulatoire.

Chez de tels malades, l'aérophagie est bien due à la déglutition d'air, déglutition d'air supérieure à son évacuation régulière par l'œsophage ou le rectum, ou cette résorption que M. Lœper a signalée dans ses derniers travaux. Il n'y a aucune confusion possible avec les états paralytiques du tube digestif que l'on peut voir dans les ascites, les péritonites, les dilatations aiguës post-opératoires, pas plus qu'on ne pourrait la prendre pour un syndrome de « fermentations ». Ainsi limitée, l'aérophagie reste un syndrome, c'est-à-dire qu'elle n'existe pas pour elle-même, mais ne fait que traduire un état pathologique du système nerveux, du tube digestif et du foie ; encore verrons-nous que, chez les hépatiques eux-mêmes, il convient de rechercher toute une série de circonstances provocatrices dont la thérapeutique devra tenir compte.

CHAPITRE I

ETUDE CLINIQUE

L'aérophagie est caractérisée par la pénétration de l'air dans le tube digestif.

Léon Meunier a justement fait remarquer qu'il existe, chez chacun de nous, une *aérophagie physiologique*, réalisée par la « poche d'air » classique de tout estomac et qui a un rôle dans la régulation du débit gastrique, concurremment avec la contraction stomacale ; car ce coussinet gazeux est indispensable à la bonne évacuation de l'estomac.

Si, pour une raison quelconque, l'évacuation pylorique est difficile ou compromise, le patient déglutit automatiquement quelques gorgées d'air supplémentaires pour tenter de rétablir ou de forcer le passage : il y a là une sorte de défense naturelle ; mais nous savons que, souvent, la nature dépasse le but dans ses réactions de défense ; entre les coups de pompe physiologiquement réglés et les coups de pompe patho-

logiquement trop nombreux, il n'y a qu'un pas vite franchi, et l'aérophagie physiologique se transforme en *aérophagie pathologique*.

I. — PHYSIONOMIE CLINIQUE

L'aérophagie ainsi définie s'offre à nous sous des aspects tellement différents qu'ils semblent n'avoir entre eux aucun lien commun.

L'on est appelé d'urgence le plus souvent auprès d'un malade dont l'entourage vous dit qu'il étouffe. C'est alors le tableau classique de l'orthopnée auquel bien des médecins se sont laissés prendre : impression d'étouffement, sensation d'asphyxie et en même temps d'angoisse et de mort imminente, comme dans l'asthme, on voit le malade, les yeux exorbités, faire de grands efforts infructueux pour récupérer un rythme respiratoire qui ne vient pas.

D'autres fois, les malades sont en plein état lipothymique avec tachycardie, pouls petit et rapide, faciès pâle et anxieux, sueurs profuses, à tel point que l'on peut se demander si l'on n'a pas affaire à un cas chirurgical (perforation d'un ulcus gastrique, étranglement interne, appendicite gangréneuse). Le diagnostic s'égare d'autant plus facilement que le siège de la douleur indiqué par le malade peut varier surtout s'il s'ajoute de l'aérocolie. (Parturier).

La plupart du temps cependant, l'entourage du ma-

lade vous précise que c'est à la suite du dîner que cette « crise d'étouffement » est survenue.

Avant même d'arriver auprès du patient, l'on perçoit son agitation, parfois sa toux et à coup sûr ses éructations. Elles se font en salves sonores, constituant une sorte d'aboiement, entrecoupées de reprises inspiratoires qui rappellent celles de la coqueluche.

Le patient est assis sur le bord du lit, ou encore arc-bouté des deux mains au dossier d'une chaise, d'un fauteuil, ou à une cheminée. Des cuvettes, des linges en désordre attestent qu'on a craint un vomissement. Or, c'est bien un vomissement, mais un vomissement d'air inodore qui se produit et se répète à l'infini, ouvrant largement la bouche, projetant les lèvres en avant, tandis que la face cramoisie, couverte de sueurs, les yeux exorbités justifient bien l'impression d'asphyxie qui a affolé la famille.

Tout à coup et à la faveur du premier arrêt dans le vomissement d'air, une longue inspiration, celle qui a fait auparavant penser à la coqueluche, vient compenser la suspension respiratoire qui est le corollaire de ces éructations aboyantes. On pourrait croire la crise terminée et le calme revenu, mais au moment où l'on se dispose à questionner le malade, voici qu'il fléchit la tête contre la poitrine, le menton vient y prendre point d'appui comme les mains et les coudes le font sur le premier meuble venu. Le patient répondra alors peut-être du regard à votre salut, mais ses yeux trahiront surtout l'inquiétude, l'angoisse de la crise qui le domine et qui l'absorbe tout entier.

Les mouvements de déglutition ont en effet recommencé, ils s'amplifient, s'accélèrent, se précipitent même, concentrant l'activité des muscles non seulement du pharynx et de la langue, mais aussi de la face et du cou, soulevant les épaules, allant pour ainsi dire chercher leur point de départ dans les mains crispées sur leur appui. Enfin le malade semble se calmer : on le voit abandonner son attitude arc-boutée, mais ce n'est malheureusement que pour un instant ; les nausées le reprennent et ne font que présager une nouvelle scène de vomissement d'air (1).

Parfois sonore la déglutition d'air a reçu alors de Leven le nom d'inructation. Parfois aussi la gorgée d'air qu'elle pousse vers l'estomac ressort de l'œsophage sans avoir pu y pénétrer, et l'on ne perçoit pas alors, en auscultant la région gastrique, le bruit retentissant de l'apport gazeux (Leven, Félix Ramond et Ch. Jacquelin).

Parfois encore éructations, inructations, efforts de toux et de vomissements, inspirations plus ou moins violentes et coqueluchoïdes se succèdent et s'intriquent en un tumulte indescriptible.

En contraste avec cette forme spasmodique aiguë, on peut observer la légion des gens qui, vers la fin des repas trop rapidement absorbés en particulier, semblent se recueillir. Ils s'immobilisent, évitent de parler et détournent leur visage plus ou moins congestionné. Puis, derrière leurs lèvres que l'éducation maintient

(1) G. Parturier. — Revue des Maladies du Foie - 1935.

désespérément closes, on perçoit le bruit ronflant et assourdi d'une éruclation pharyngo-nasale qui échappe à la volonté.

A un degré de plus, le patient cherche à s'isoler pour desserrer ses vêtements et évacuer librement les gaz qui distendent les divers segments de son tube digestif ; l'accalmie ainsi obtenue dure assez longtemps pour permettre le retour aux occupations un moment interrompues.

II. — DESCRIPTION

Si l'on veut se faire une idée exacte du syndrome qu'est l'aérophagie, il faut d'abord l'envisager dans sa *forme moyenne* et l'y étudier en détail : c'est cette forme que nous prendrons comme type de description, en présentant ici, deux observations inédites.

OBSERVATION de M. G...

(Malade vu avec le Dr. Parturier)

M. G..., 45 ans, gazier, vient consulter pour des douleurs dans l'hypocondre droit.

Depuis 10 ans, il souffre dans la région hépatique de *douleurs* peu marquées, en coup d'épingle, sans horaire fixe, à peu près permanentes, réveillées par certaines positions en particulier la flexion du tronc en avant. En même temps, il remarque sans s'inquiéter

autre mesure que *son ventre augmente de volume* ; il éprouve par surcroît une certaine gêne après les repas.

Au cours de ce syndrome douloureux, on note quelques crises paroxystiques, survenant la nuit, sensation de brûlure intense dans la région épigastrique, durant quelques heures et ne s'accompagnant pas de vomissements.

Depuis quatre mois, il souffre davantage.

Les douleurs sont devenues plus violentes.

Le ventre est plus ballonné.

La gêne post-prandiale s'est accentuée.

Les éructations sont particulièrement fréquentes et soulagent momentanément le malade.

En même temps apparaissent des coliques intestinales plus ou moins intenses, provoquant des épreintes.

Pas de constipation, ni de diarrhée.

Examen. — Le malade est nerveux, trémulant.

L'abdomen est distendu, ballonnement très accentué.

L'aire gastrique est particulièrement sonore et il existe un tympanisme abdominal généralisé.

A la palpation, le *foie* déborde le rebord costal, il est sensible et douloureux. Il existe un *point vésiculaire* douloureux très net. Cette douleur provoquée se propage dans le dos et l'épaule droite.

Subictère des conjonctives.

Point phrénique droit très sensible.

Point phrénique gauche peu sensible.

Cholestérine sanguine : 3 gr., 25 %

Urines { ni albumine, ni glucose.
 { pas de pigments, ni de sels biliaires.

T. A. : 14/8 au Vaquez.

Radio. { poumons normaux ;
 { poche à air gastrique très développée ;
 { point vésiculaire douloureux.

Antécédents : éthyliques probables. D'autre part, le malade présente une déviation de la cloison nasale, rendant la respiration difficile.

Traitement : à base de cratœgus, passiflore, anémone pulsatille ; régime.

Au bout d'une semaine, on note une amélioration sensible de la gêne post-prandiale, du ballonnement ; mais la douleur vésiculaire persiste.

En résumé : malade présentant une affection vésiculaire chronique avec manifestations réflexes d'ordre aérogastrique, améliorées par une médication sédatrice à base de cratœgus-passiflore.

OBSERVATION de Mme R...

(malade vue avec le Dr. Parturier)

Mme R..., 38 ans, se plaint de douleurs gastriques, à type de pesanteur, de gêne post-prandiale dont le début remonte à quelques années.

Il y a quatre ans, sa situation précaire l'obligeant à se priver, elle maigrit considérablement et souffre alors de douleurs gastriques s'accompagnant le matin au réveil de vomissements aqueux abondants. A la suite d'une grippe assez sérieuse, elle entre dans un préventorium où elle reste *deux ans*. Là, elle augmente rapidement de poids, et, dit-elle, « mange beaucoup et vite ». Pendant son séjour dans ce préventorium, elle présente une nouvelle poussée douloureuse gastrique, qui disparaît tant bien que mal après trois mois de régime.

Survient une période de bonne santé sans douleurs gastro-intestinales quelconques. Il y a quelques mois, la malade souffre à nouveau d'une pesanteur gastri-

que assez intense, survenant après les repas. Son estomac est distendu et cette distension est soulagée un peu par des éructations.

Depuis quelques semaines, des douleurs semblables aux précédentes sont réapparues, de plus le matin au réveil elle rejette un demi-verre de liquide aqueux. Dès qu'elle prend quelque chose, même du liquide, elle souffre d'une *distension* gastrique très pénible. Selon son expression, elle sent une « boule au creux de l'estomac. »

A cette gêne gastrique se joignent des palpitations et une certaine gêne respiratoire. Ces phénomènes douloureux se trouvent en partie soulagés par les éructations plus ou moins fréquentes.

Actuellement, on se trouve en présence d'une malade bien portante apparemment, chez laquelle, *l'examen de l'abdomen* montre :

Un *ballonnement* abdominal accentué ;

Un *ventre souple*, mais *distendu* ;

La *sonorité gastrique* est exagérée et remonte assez haut vers la région précordiale.

L'examen du système cardio-vasculaire décèle : un cœur *petit* dont on peut sentir la pointe battre dans le quatrième espace intercostal gauche ; pas de bruits anormaux.

T. A. : 12/8 au Vaquez.

Le *foie* est normal, non douloureux.

Dans les antécédents : éthylisme probable.

En résumé : histoire gastrique douloureuse, dyspepsie aéro-gastrique avec *sialorrhée*, retentissant sur le cœur qui est refoulé, et reconnaissant comme causes :
d'une part, une cholécystite discrète ;
d'autre part, une tachyphagie très marquée.

A. — SIGNES FONCTIONNELS.

Cette forme moyenne de l'aérophagie se révèle par trois grands symptômes fonctionnels : la douleur d'une dyspepsie flatulente, les éructations gazeuses, la fréquence anormale des mouvements de déglutition.

1° — *Douleur d'une dyspepsie flatulente*

La douleur de l'aérophagie est généralement le premier en date et le plus constant des symptômes. Cherchons et voyons si, par son horaire et sa nature, elle peut être caractérisée.

Nature — Caractères

C'est une douleur le plus souvent sourde, diffuse; confuse et que beaucoup de malades décrivent de la même façon : ils ont l'impression, disent-ils, « d'avoir un poids sur l'estomac ». C'est une douleur de distension ; elle est distincte de la brûlure que l'on rencontre chez les hyperchlorhydriques, les ulcéreux, distincte aussi de la crampe douloureuse d'origine vésiculaire. Il faut d'ailleurs remarquer que ces douleurs de type différent peuvent se trouver associées.

Absence d'horaire

Située dans le temps et considérée dans ses rapports avec les repas, c'est une douleur qui peut être *précoce*, commencer dès le début du repas, se poursuivre pendant et après le repas, ou survenir au contraire loin des repas sans liaison apparente avec l'alimentation. Nous

n'observons donc pas ici l'horaire précis si remarquable dans l'ulcère de la petite courbure. Ce n'est pas, non plus, la douleur de l'ulcère duodénal, plus tardive, apparaissant deux à trois heures après l'ingestion d'aliments, avant celle même de l'ulcus pylorique par conséquent (phénomène attribuable à l'hyperkinésie gastrique : l'accélération du transit alimentaire dans l'estomac rend la douleur relativement précoce) (1) (Parturier).

Elle diffère encore de cette douleur d'ordre réflexe des cholécystites, qui apparaît environ trois heures après l'absorption d'aliments.

Elle se distingue enfin de la douleur des syndromes coliques, qui, elle, est encore beaucoup plus tardive.

Nous trouvons donc un signe capital de cet état douloureux dans la variation de son horaire :

Siège : épigastrique (sans localisation précise)

Au point de vue *topographique*, elle ne présente pas d'habitude un siège bien déterminé, elle n'est pas localisée, bien au contraire, elle occupe toute une région, et ce nouveau caractère l'oppose à la précision et à la fixité des douleurs vésiculaires et ulcéreuses que l'on retrouve au même point et à plusieurs examens successifs.

(1) Ulcus duodénal — Cade et Parturier, *Journal Méd. Fr.*, Juin 1919.

Ulcus duodénal — Parturier et Aymard, *Soc. Méd. Hop* 31 Déc. 1920.

Elle s'intensifie sous l'effet de certaines actions ; l'effort musculaire, la constriction vestimentaire, en particulier, l'exagèrent, et, fait bien spécial, les malades éprouvent un soulagement immédiat à desserrer leurs vêtements. La main qui palpe l'abdomen de ces malades réveille une douleur diffuse, bien différente de celle que la pression digitale aggrave en un point précis, au cours des états douloureux vésiculaires et ulcéreux.

A côté de ces causes qui exagèrent la douleur de l'aérophagie, il existe cependant des circonstances que l'on peut qualifier de calmantes.

2° — *Eructations.*

Alors que l'alimentation ne semble jouer aucun rôle, contrairement à certaines gastropathies, comme l'ulcus, où elle atténue la douleur, contrairement aussi à la cholécystite où elle l'exagère, il est un phénomène qui amène un soulagement certain et immédiat, c'est l'*éructation*.

L'éructation de l'aérophagie a un caractère particulier : sans odeur ni d'aliments, ni de fermentations; elle est faite d'air, plus ou moins modifié il est vrai par la muqueuse gastrique.

Discrète ou considérable, suivant les cas ; fréquente, elle apparaît aussi bien après les repas que dans leur intervalle, et relève d'une contraction de l'estomac, avec détente des orifices spécialement du cardia, ensemble de phénomènes musculaires que le malade cherche à reproduire par la volonté en fléchissant la tête et qui peut aboutir à de nouvelles dé-

glutitions. En s'amplifiant, l'éruclation se transforme en un véritable vomissement d'air avec entraînement de matières alimentaires.

L'expulsion de gaz est, dans cette forme, un symptôme constant qui, par son intensité et par sa fréquence, équivaut à la signature de l'aérophagie.

3° — *Fréquence anormale des mouvements de déglutition*

Pendant tout l'interrogatoire et dans la suite de l'examen, l'attention du médecin est bientôt attirée et retenue par la fréquence des mouvements de déglutition. On peut l'observer d'abord au repos. On voit le malade fermer la bouche, serrer les lèvres puis fléchir la tête ; et quand le menton touche plus ou moins la poitrine, l'ascension du pharynx, centré par la saillie thyroïdienne, extériorise la contraction des muscles glosso-palatopharyngés, en quoi consiste la déglutition. Geste un peu plus accentué que le geste ordinaire il se fait remarquer particulièrement par sa répétition. Le malade parle-t-il pour répondre aux questions, il s'y prépare en sacrifiant d'abord à son tic d'avalement, et dès qu'il a fini sa phrase, ou même au milieu d'elle si elle est trop longue, il se recueille, la bouche emplie de salive, pour déglutir encore. (Parturier, *Revue des Mal. du Foie*, 1934).

Parfois au milieu d'une période de repos, le rappel de son tic par une question posée, ou la simple vue d'un mouvement de déglutition fait par le médecin, déclenchera chez lui une nouvelle série de déglutitions.

A côté de ces trois grands symptômes fonctionnels de l'aérophagie dans sa forme moyenne, on peut noter un certain nombre de *troubles associés*.

L'*anorexie* est très particulière et se relie directement à la distension gazeuse de l'estomac ; à tel point que, si une circonstance quelconque intervient pour la faire disparaître par exemple la teinture ammoniacale anisée que nous conseillons avant les repas, l'appétit revient aussitôt.

La *Sialorrhée*, sur laquelle Leven insiste judicieusement et qu'il range parmi les petits signes de l'aérophagie, peut-être évidente, emplir visiblement la bouche du malade, solliciter l'acte de cracher ou bien de déglutir. Parfois peu apparente le jour, elle est surtout nocturne et le malade se réveille la tête posée sur un oreiller humide de salive (Leven).

C'est par cette sialorrhée que Leven explique *l'aspect rouge, humide et brillant de la langue* que M. Parturier et nous-mêmes avons observé de façon moins constante chez les aérophages hépato-biliaires.

Il existe enfin ce que nous appellerons avec Léon Meunier des *signes extra-gastriques* : ce sont des *sympômes de compression* :

- a) du *plexus cardiaque* avec :
 - congestion de la face ;
 - palpitations ;
 - tachycardie ;
 - extra-systoles ;
 - douleurs anginiformes ;

b) du *plexus solaire* avec

gêne épigastrique accompagnée de hoquet ;
dyspnée ;
vertiges ;
douleurs syncopales.

B. — SIGNES PHYSIQUES.

Le malade se plaint de malaises gastriques et abdominaux. L'examen commencera donc et portera surtout sur l'abdomen.

Il apparaît distendu dans son ensemble, englobant et l'estomac et l'intestin, plus particulièrement le cadre colique. Il est des cas cependant où la dilatation causée par l'aérophagie reste localisée à l'estomac réalisant une distension sus-ombilicale *aérogastrique*.

Dans d'autres cas, la dilatation est sous-ombilicale, et réalise une *aérocolie* isolée.

Aérogastrie

Le malade observé debout, montre, de profil surtout la saillie de son épigastre évasant le thorax, saillie qu'accentuent les mouvements respiratoires. Leven a d'ailleurs remarqué que l'aérophage respire à l'envers, en ce sens qu'il projette l'épigastre à l'inspiration.

La palpation apprécie mieux la distension abdominale qui apparaît sous forme d'une voussure totale, ou sus-ombilicale (*aérogastrie*).

Elle met également en évidence un clapotis plus ou moins marqué, réalisant un bruit hydroaérique, bien spécial.

La percussion de cet abdomen permet de noter une sonorité tympatique très étendue, refoulant le cœur et envahissant pour ainsi dire, la région précordiale.

Il est d'ailleurs possible pour l'oreille d'entendre, transmis par l'air contenu dans l'estomac, les bruits du cœur et les bruits normaux ou pathologiques du poumon.

Tels sont les symptômes primordiaux de l'aérogastrie. Elle peut exister soit isolée, soit associée à l'aérocolie.

Aérocolie

Le cadre colique apparaît distendu, parfois même on le voit se dessiner sous la peau. L'examen y décèle d'une part l'hyper-sonorité, qui, cependant d'un ton plus sourd, contraste avec le tympanisme de la poche stomacale, et d'autre part, surtout pour le cœcum, les mêmes phénomènes de flot, et de bruits hydroaériques que nous avons vu précédemment pour l'estomac.

Au niveau des flancs la sonorité s'étend en arrière jusqu'au rachis, et à gauche, c'est en vain généralement qu'on recherche la matité splénique, la rate est repoussée en avant par l'intestin et la percussion ne trouve plus de matité jusque près de la ligne médiane. (Parturier).

C. — RADIOLOGIE

L'examen radiologique servira moins à contrôler le diagnostic qu'à évaluer l'étendue et l'intensité de l'aérophagie.

Sans préparation, la région abdominale apparaît claire, exagérément claire ; on distingue d'une part l'estomac sous l'aspect d'une tâche lumineuse, d'autre part l'intestin sous forme d'une masse diffuse et plus sombre (Ramond, Jacquelin, Aubourg).

Dans l'hypocondre gauche, la distinction est cependant rendue plus difficile du fait de la superposition de l'estomac et du côlon, la clarté due aux gaz coliques élargissant considérablement la tâche claire de l'estomac.

Après l'ingestion d'un repas baryté, l'image gastrique apparaît modifiée. Au-dessus de l'ombre très foncée traduisant la présence de la baryte ingérée, on remarque une grosse bulle lumineuse qui refoule l'hémi-diaphragme gauche, le haussant au même niveau ou même plus haut que l'hémi-diaphragme droit. L'image colique, après lavement opaque, se présente sous forme de bulles gazeuses disséminées dans la masse sombre du lavement ; elle peut être refoulée par l'estomac, ou inversement, ce peut être l'angle colique distendu qui déplace et déforme l'image gastrique.

Mais l'étude radiologique a été portée beaucoup plus loin dans ces dernières années. Leven, Félix Ramond, Ch. Jacquelin, Aubourg, Dimitresco-Papovici

et Dany ont tiré des images observées à l'écran toute une série de déductions cliniques, diagnostiques et pathogéniques.

A jeun :

« Une poche à air très volumineuse, très claire, qui
« peut atteindre les dimensions d'une tête d'enfant,
« soulève la coupole diaphragmatique gauche qui dé-
« passe la coupole droite. » (F. Ramond et Jacquelin).

Au cours du repas opaque :

« La poche à air augmente toujours de volume et
« prend la forme de Montgolfière... ou de poire » (F.
Ramond et Jacquelin). Son état est d'autant plus bril-
lant que la tension gazeuse s'y trouve plus élevée.

En faisant varier la position du malade, on découvre les inflexions imposées à la poche gazeuse par son développement. En effet la distension s'exerce beaucoup plus sur la face antérieure de la grosse tubérosité que sur sa face postérieure bridée par le ligament œsophagien et par le cul-de-sac supérieur de l'arrière-cavité des épiploons. C'est pourquoi l'expansion de la grosse tubérosité gastrique ne se fait pas uniquement en avant, mais en avant et en haut vers le diaphragme et et arrière, autour du ligament œsophagien comme axe. Dans ce développement le fond même de l'estomac présente une concavité tournée vers le haut, postérieure et parallèle à celle du corps de l'estomac lui-même dont le sépare en crête plus ou moins aiguë, la plicature sur soi-même de la paroi postérieure.

Lorsque la bouillie barytée débouche de l'œsophage elle peut tomber à cheval sur cette crête et passer en partie dans le corps de l'estomac qui est en avant et le fundus qui est en arrière ; ainsi se forment deux images, l'une allongée verticalement et antérieure, correspondant au corps de l'estomac et à la région pylorique, l'autre postérieure et allongée transversalement en cupule concave en haut et dessinant le fundus gastrique.

Si l'on fait mettre le malade en décubitus dorsal, cette image se modifie aussitôt : la bulle gazeuse se collecte vers la partie haute. Ce n'est plus vers le diaphragme qu'elle exerce sa poussée, mais vers l'épigastre et la paroi antérieure de l'estomac soulevée à sa partie moyenne ne prend plus l'aspect d'inflexion en arrière qui donnait à la partie supérieure de l'estomac la forme d'une cornue.

Cet aspect typique de l'aérogastrie peut être modifié par le refoulement ou la compression d'organes voisins (foie, rate, angle colique gauche distendu) qui peuvent déplacer l'estomac ou lui donner un faux aspect de biloculation.

Si la poussée de l'aérogastrie s'exerce vers le diaphragme on peut obtenir des images monstrueuses de « gigantisme diaphragmatique par aérocolie » qu'on distinguera de l'événtration diaphragmatique (H. Heindereich, G. L. Heindereich et J. B. Orlando, 1935). Le diagnostic se base dans ce dernier cas sur l'atonie du diaphragme ; au-dessous de lui, on aperçoit, en position transverse, les viscères creux avec leur aspect normal, en tous cas non distendus par des gaz.

CHAPITRE II

FORMES CLINIQUES

Nous avons essayé de schématiser la symptomatologie et les signes radiologiques de la forme typique de moyenne intensité, il faut cependant insister tout particulièrement sur la multitude des formes cliniques que peut réaliser l'aérophagie.

On peut distinguer :

I. — D'APRES LA COMMUNICATION DES PÔCHES DIGESTIVES AVEC L'EXTERIEUR

Félix Ramond en distingue deux types différents :

A. — LA FORME OUVERTE.

Dans cette forme, il n'y a pas d'opposition au départ de l'air de l'estomac, lorsqu'il y a été accumulé par les coups de pompe des mouvements de déglutition. Le plus souvent, le malade est réveillé par une sensation de distension gastrique, il cherche à éructer

et ne tarde pas trop à le faire ; c'est une série d'explosions successives au milieu desquelles un peu de liquide, généralement de la salive abondamment déglutie, et parfois quelques débris alimentaires sont entraînés ; en somme c'est un vomissement d'air.

B. — LA FORME FERMÉE.

Ici l'air dégluti détermine une réaction spasmodique de la part de l'estomac qui bloque ses orifices par un mécanisme discuté (spasme du pylore et spasme du cardia ou disposition de ce dernier en valvule qui bloque la sortie des gaz).

Cet état entraîne une hypersalivation, ou, sans salivation, des contractions pharyngo-œsophagiennes qui refoulent incessamment des gorgées d'air dans l'estomac ; la poche gastrique prend alors un volume démesuré.

Sa distension d'une part, et, d'autre part, les phénomènes de compression qu'elle peut entraîner sur les organes voisins et en particulier le cœur par l'intermédiaire du diaphragme sont susceptibles de créer une scène clinique effrayante telle qu'on peut la voir dans les cas aigus d'aérophagie (v. plus loin)

II. — D'APRES LE SIEGE

1°) *La douleur*, au lieu d'être épigastrique, *siège dans les flancs* si la rétention gazeuse porte sur le côlon : *hyperpneumocolie d'AUBOURG*.

Angle droit. — On peut distinguer un syndrome aérocolique de l'angle droit rappelant les syndromes sous-hépatiques. Chez un de nos malades, le cas était d'autant plus embarrassant qu'une cholécystite antérieure avait provoqué la formation d'une tache visible à la radio (Raulot-Lapointe), et que c'était au-dessus de cette bride que se bloquait l'air accumulé dans l'anse colique.

Angle gauche. — Un syndrome aérocolique de l'angle gauche peut se confondre avec la séméiologie splénique ou avec celle du rein gauche. Un orateur est pris brusquement, au milieu d'un discours, d'une douleur violente dans la région lombaire gauche. La soudaineté de la crise, la localisation de la douleur, son intensité font penser à une lésion rénale ; mais l'on est frappé par la sonorité particulière de la région ilio-lombaire et d'autre part, la fréquence anormale des mouvements de déglutition fait poser le diagnostic d'aérophagie qu'une sonde rectale vient bientôt confirmer (Dr. Parturier).

C'est dans de tels cas que la radiologie apporte au praticien un concours remarquable, comme le montre d'ailleurs Aubourg dans son étude si fouillée de la *Presse Médicale* (1933). Cet auteur, sur cinq intestins examinés, trouvé un cas « d'hyperpneumocolie. »

A droite : « La tumeur gazeuse, arrêtée en haut par le foie, s'étale en largeur sur toute la longueur du colon transverse. Le gaz occupe la moitié supé-

« rieure du côlon en dessinant les replis ondulés du « bord supérieur. » L'intestin, distendu, peut comprimer ou refouler :

la vésicule et les voies biliaires ;
le pylore et le duodénum ;
le rein droit.

A gauche : La tumeur gazeuse prend une forme arrondie, dessine un parachute de parfois 20 centimètres de diamètre, d'un éclat égalant parfois celui de l'estomac. Elle siège derrière les côtes, chevauchant (Aubourg) sur le côlon descendant et le côlon transverse, on peut la voir déformer l'estomac (conflit gastro-colique de M. Lœper et Baumann), surélever le diaphragme et déplacer le cœur.

2°) *Région précordiale*. — Le siège de la douleur peut également être trompeur si elle occupe la *région précordiale*.

L'idée d'une angine de poitrine peut alors s'imposer et avec plus de vraisemblance et plus de force encore si, au lieu d'être normal, le cœur présente des lésions valvulaires ou aortiques ou un aspect radiologique qui évoque de tels états.

C'est en pareil cas qu'on peut assister aux plus beaux tableaux du pseudo-angor : compression du cœur refoulé dans le thorax au-dessus du diaphragme, tiraillements des plexus nerveux, enfin réflexes partis des organes creux distendus pouvant le créer de toutes pièces. D'autres fois cependant la douleur précordiale reconnaît comme origine une simple névralgie intercostale.

Ainsi sommes-nous amenés par étapes successives à la *forme cardiaque de l'aérophagie*, (Dr. Parturier), qui peut revêtir suivant les cas trois aspects principaux :

type angineux ;
type syncopal ;
type dyspnéique.

a) *Type angineux*. — C'est une forme avec angoisse, sensation de mort imminente, douleur précordiale irradiant vers l'épaule et le bras gauche ou douleur procédant par segments annulaires : douleur en bracelet.

Voici une illustration de ce type :

OBSERVATION de M. P...

(Dr. Becquet, 1937).

Mr. P... 49 ans, s'occupe d'affaires de bourse.

C'est un petit homme de 1 m. 60 à peine, mais dont le poids atteint 86 kilogs, c'est dire qu'il réalise le type parfait de la pléthore.

Cet homme a toujours été bien portant jusqu'en 1935, à part cet embonpoint exagéré qui a presque fait doubler son poids en 20 ans.

Il y a deux ans il ressent, dans l'hypocondre droit, des douleurs à type de crampe, survenant à intervalles irréguliers, puis ces douleurs s'atténuent, il va voir un confrère qui le met au régime et lui prescrit quelques cholagogues. Quelques mois plus tard, ce malade est pris brusquement, en pleine nuit, d'une douleur précordiale irradiant dans l'épaule gauche, avec angoisse. Un confrère appelé fait le diagnostic d'angor et prati-

que la thérapeutique habituelle. Ces crises d'angor pectoris se répètent assez souvent par la suite pour que le malade en soit affolé. Nous sommes appelés pour le voir en Septembre 1936, le patient ayant déjà eu 7 crises angineuses.

Ce qui frappe à première vue chez ce petit homme alerte malgré son embonpoint, c'est la facies qui est vultueux et le cou qui est très développé, en même temps qu'un tic d'avalement précédant et clôturant chaque phrase.

A l'examen on note :

subictère des conjonctives très net.

foie débordant le rebord costal et sensible.

point vésiculaire nettement marqué.

l'abdomen est *ballonné* dans sa région sus-ombilicale, ou la percussion montre un tympanisme très net.

Cette hypersonorité remonte dans la région précordiale et se continue latéralement dans la région splénique (où la rate est à peine percutable).

La palpation de l'aire gastrique trouble le malade qui ressent une « gêne au cœur ».

Le cœur est régulier, ses bruits sont normaux, la pointe est perceptible dans le 4^e espace intercostal gauche.

T. A. : 17/9 au Vaquez.

Sang	{	urée : 0 gr. 37 ‰ ;
		glycémie : 1 gr. 03 ‰ ;
		cholestérine : 3 gr. 05 ‰.
Urines	{	abondantes : plus de 2 litres ;
		pas d'albumine, ni de glucose ;
		urobiline + +

Devant ce tableau, le diagnostic de pseudo-angor d'origine aérogastrique semble s'imposer.

A la suite d'une diététique sévère (le patient étant

gros mangeur, gros buveur, gros fumeur) et d'un traitement à base d'hormone parathyroïdienne, le malade n'a plus eu une seule crise depuis plus d'un an.

b) *Type syncopal.* — Nous fûmes appelé d'urgence au milieu de la nuit auprès d'un homme apparemment bien portant, qui venait, nous dit l'entourage, de « faire une syncope ». Et, en effet, cet homme, suivant toute apparence, ne faisait que sortir d'un état syncopal vrai ; le visage blême, les traits tirés, il reposait sur son lit, le pouls imperceptible. Poursuivant l'examen, nous remarquâmes des mouvements de déglutition incoercibles et fréquents. La pointe du cœur autant qu'elle pouvait être perçue, battait dans le quatrième espace intercostal gauche et la percussion de la région précordiale révélait un tympanisme exagéré qui se continuait avec la sonorité gastrique. Il s'agissait à n'en pas douter d'une crise d'aérophagie considérable.

Une préparation antipasmodique ramena à la vie cet homme devenu en quelques instants un malade. Les jours suivants nous le fîmes radiographier ; la poche à air gastrique était normale, le cœur apparaissait hypertrophié légèrement et sa pointe occupait le 6^e espace intercostal. Au cours de l'examen, sous nos yeux, des mouvements de déglutition incoercibles firent parvenir dans l'estomac une forte quantité d'air qui refoula la coupole diaphragmatique gauche, au niveau puis au-dessus de la coupole droite, et par suite

repoussa légèrement le cœur, l'aire d'aérophagie empiétant sur l'aire cardiaque. Le diagnostic clinique était confirmé. (C'est cette observation personnelle qui est à l'origine du choix de notre sujet de thèse).

c) *Type dyspnéique.* — Dans le type dyspnéique, la gêne respiratoire est souvent si violente, si spasmodique, qu'elle rappelle plutôt l'asthme et que l'on a donné à ces cas le nom d'*aérophagie asthmatiforme*. On est ici en présence du tableau clinique de l'asthme avec sa suffocation, sa soif d'air, le thorax immobilisé en inspiration, le souffle bruyant dès qu'il se produit. L'auscultation peut d'ailleurs révéler les signes de l'emphysème, car l'association du syndrome asthmatique avec le syndrome aérophagique est fréquente. Dans le type asthmatiforme comme dans la forme cardiaque, la lésion organique confère à la crise d'aérophagie son caractère particulier.

III. — D'APRES LA REACTION DU SYSTEME NERVEUX VEGETATIF

1°) *Forme sympathique avec sidération du système nerveux*

A côté de ces deux grands types cardiaque et dyspnéique, il faut faire une place toute spéciale à la *forme sympathique*,

Elle est caractérisée (Parturier) par une sidération du système nerveux végétatif avec angoisse, pâleur, sueurs froides ; et en s'accompagnant de troubles ab-

dominaux importants, elle peut rappeler le tableau de la péritonité généralisée ou celui d'une occlusion intestinale et nous eûmes l'occasion d'assister à une consultation médico-chirurgicale où, chez une femme âgée, on discutait le mode d'anesthésie, pour une intervention en vue de lever une cause d'obstruction. L'état général semblait très grave ; la constatation de nombreux mouvements de déglutition fit penser à un syndrome d'aérophagie auquel mit fin une sonde rectale.

2°) *Forme salivaire ou sialorrhéique.* (G. Parturier)

Cette forme que définit son nom, est réalisée dans l'observation ci-dessous, nous la rapportons à titre d'exemple.

OBSERVATION de M^{me} V...

(Dr. Parturier).

M^{me} V.... 60 ans, vient consulter pour des douleurs sourdes et des malaises à l'estomac survenant n'importe quand, souvent dès la fin d'un repas ; en même temps apparaissent gonflement de l'abdomen, fatigue générale, gêne respiratoire, parfois palpitations

Tous ces phénomènes disparaissent brusquement, ou pour le moins s'atténuent à la suite d'éruclations qui la gênent énormément.

C'est une personne que la « crise mondiale » a touchée particulièrement. Son changement de position l'a amenée à s'occuper de travaux de ménage, durs pour elle, à négliger son alimentation et sa santé. Elle a maigri et elle est devenue très pâle.

Elle montre difficilement sa langue et surtout le fond de sa gorge à cause d'un dentier qu'elle n'a plus les moyens de renouveler et qui ne s'applique plus exactement aux arcades dentaires.

L'examen de l'abdomen révèle une importante aéro-gastrie avec aérocolie concomittante.

Le foie est un peu gros.

La palpation de la région vésiculaire est douloureuse, et fait affluer, au bout de quelques minutes, une grande quantité de salive dans la bouche de la patiente.

Ainsi s'éclairent deux symptômes sur lesquels elle insistait dans son récit :

a) *Hypersalivation* à certaines heures, surtout *la nuit* où l'oreiller s'en trouvait trempé (signe de Leven).

b) un *vomissement matutinal* d'eau fade vraisemblablement constitué par de la salive déglutie.

Dans d'autres cas, nous avons pu avec le Dr. Parturier recueillir et analyser ce vomissement d'eau fade du matin et y déceler la présence de sulfocyanates et d'amylose.

IV. — D'APRES LA VIOLENCE ET L'ETENDUE DU SYNDROME SPASMODIQUE

Nous rappellerons la forme éructante spasmodique que nous avons décrite au début de cet exposé. Les auteurs se sont ingénies à l'analyser et il semble que la partie supérieure des voies^e digestives (pharynx, œsophage, estomac, diaphragme) soit animée de mouvements épileptiformes, où les bruits d'inructation (Leven) se mêlent aux éructations sonores.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le tableau clinique de l'aérophagie et ses formes se résument dans les quelques signes que nous venons de décrire. Ils conduisent aisément au diagnostic le clinicien qui a de ce syndrome une conception bien nette, dégagée du météorisme passif^e et des colites putrides.

I. — Diagnostic

1°) La *distension totale de l'abdomen* ne peut guère prêter à confusion avec l'*adiposité* de la paroi abdominale.

Chez un obèse, l'examen physique peut se heurter à de réelles difficultés ; elles ne sont généralement pas insurmontables, surtout si l'on fait varier la position du malade.

Plus souvent l'inverse se produit, c'est le malade

lui-même qui se plaint de garder son embonpoint abdominal : « Je maigris de partout sauf du ventre ». Fausse obésité du météorisme.

De l'aérophagie on distinguera encore le météorisme paralytique des précirrheses ou états voisins, que deux arguments feront reconnaître :

- 1) l'absence de spasmes en général ;
- 2) le signe de la sonde : une sonde placée dans l'estomac ou le rectum ne donne pas issue à un courant violent de gaz.

Enfin, le météorisme des fermentations gastro-intestinales se reconnaîtra (outre l'examen des matières) par l'odeur de putréfaction des gaz qui contraste avec le caractère inodore des émissions aérophagiques.

2°) *Météorisme sus-ombilical*. — Si l'on a affaire à une *dilatation sus-ombilicale*, le diagnostic avec la sténose pylorique peut être difficile ; on sait en effet que cette affection se traduit de prime abord par une symptomatologie semblable, mais en analysant ses signes avec attention, on remarque que les douleurs ont des caractères bien spéciaux : ce sont des douleurs de lutte de l'estomac contre un orifice fermé, lutte qui se traduit par des mouvements péristaltiques et parfois antipéristaltiques, souvent suffisamment intenses pour qu'on puisse les suivre à travers la paroi. S'il existe des *éructations*, leur odeur fétide et nauséabonde traduit la présence de fermentations alimentaires parfois considérables.

Enfin, les *vomissements* ramènent des débris d'alimentation datant du repas précédent ou même de plusieurs jours, parfois on peut y déceler une fermentation lactique plus ou moins grande ; on voit toute l'importance de ce diagnostic qui se pose fréquemment, en particulier, dans les sténoses pyloriques au début.

Abcès sous-phrénique. — L'abcès sous-phrénique, à évolution torpide comme celui de l'amibiase, refoule l'estomac et s'accompagne éventuellement de soulèvement et de sonorité gastrique. L'état général rapidement altéré, les antécédents, l'étude radiologique mettront sur la voie du diagnostic.

3°) *Météorisme sous-ombilical.* — Si la distension est *sous-ombilicale*, on éliminera l'*ascite* avec sa sensation de flot, sa matité déclive, dessinant une courbe à concavité supérieure, et également une *grossesse* au début, diagnostic qui peut être rendu plus délicat par la concomitance de l'aérophagie.

La ptose qui donne lieu à une sensation d'étirement, de pesanteur douloureuse, coexiste souvent aussi avec l'aérophagie ; elle peut même jouer un rôle important dans l'étiologie de cette affection, ou, par contre, être simplement la conséquence des troubles apportés par l'aérophagie à l'alimentation et de l'amaigrissement qui s'ensuit. (1)

(1) G. Parturier. — Séméiologie Hépatobiliaire des ptoses abdominales. *Revue des Mal. du Foie*. Déc. 1937.

DIAGNOSTIC DE LA NATURE DES GAZ

L'étude des gaz, faciles à recueillir, écarte définitivement, si un doute persistait, le diagnostic de fermentations.

Félix Ramond et M. Lœper en ont étudié très minutieusement la nature. Félix Ramond admet l'exhalaison gazeuse de la muqueuse gastrique ; Lœper, la résorption des gaz par la muqueuse intestinale. Ces deux circonstances expliquent la diminution progressive de l'oxygène et l'augmentation parallèle du gaz carbonique. Il est donc naturel que l'air dégluti ne soit pas évacué dans sa composition initiale.

Le Professeur Lœper rappelle les dosages chimiques de Chevreul, Planer, Linossier, et souligne la teneur très différente en oxygène de l'air et du gaz colique ; il hésite cependant à tirer toutes les conclusions de sa découverte et propose les termes de pneumogastrie et pneumocolie pour remplacer celui d'aérophagie.

<i>Gaz de l'air</i>		<i>Estomac</i>	<i>Grêle</i>	<i>Côlon</i>
O	 20	11 à 19	 0,5 à 0,7	.. «
C O ²	... 0,005...	4 à 14	 40	 49
N	 78	71 à 78	 45	 37
H	 «	«	 15 à 40	 75
H ₂ S	.. «	«	 «	 «
C H ⁴	.. «	«	 «	 15

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Il conviendra d'éliminer d'abord les lésions gastriques (ulcus, gastrites), œsophagiennes (ulcérations, rétrécissements, néoplasme), appendiculaires etc... de l'aérophagie.

Nous nous demanderons ensuite si elle n'a pas, par exemple, d'autres raisons beaucoup plus banales, telles que la tachyphagie des gens pressés, l'usage immodéré des bonbons et surtout du chewing-gum.

Enfin l'examen des voies respiratoires supérieures, de la bouche et des dents, l'étude des réflexes nous feront peut-être découvrir des causes locales ou un état nerveux qui n'excluent d'ailleurs pas l'intervention du foie : une pharyngite chronique, un déséquilibre vago-sympathique, etc.. peuvent résulter d'une dysfonction hépatique qui reste alors sinon la cause directe, du moins la cause indirecte de l'aérophagie (Parturier).

En effet, sans parler des déformations extérieurement visibles (atrésie du nez, déviation de la cloison, de celles que le spécialiste ira, sur notre invitation, identifier et réparer, une rhinopharyngite chronique est souvent le fait d'une dysfonction hépato-biliaire.

De même, l'inspection de la bouche révélera une glossite, une stomatite de la pyorrhée, des caries den-

taires, des appareils de prothèse mal appliqués, une amygdalite responsable soit de l'hypersalivation, soit de la gêne de la déglutition.

En dehors de toute lésion bucco-rhino-pharyngée, l'*hypersalivation* ou la *sécheresse de la bouche* peuvent alterner chez l'hépatobiliaire et provoquer des mouvements de déglutition.

Au cours des lésions de la cellule hépatique on voit en effet varier la sécrétion des reins, des glandes sudoripares et des glandes salivaires : elle diminue pendant la phase active de l'affection, reprend et s'exagère lors de la convalescence.

Les affections chroniques des voies biliaires, notamment la lithiase, et Mauban vient de faire à nouveau une excellente étude à ce sujet, entraînent par réflexe une hyperchlorhydrie gastrique, point de départ d'une hypersalivation plus ou moins abondante.

Il est en plus bien évident que l'instabilité du système neuro-végétatif, si fréquente chez les hépatobiliaires, va renforcer l'intensité de tous ces troubles sécrétoires.

Par l'état des réflexes, si on les trouve exagérément vifs, on pourra juger de l'*impressionnabilité nerveuse* qui explique à la fois le tic de la déglutition et l'importance de la sialorrhée.

Il faut d'ailleurs noter, et ce fait a son importance que la distention des parois gastriques ou intestinales par l'aérophagie peut être la source d'un nouveau réflexe salivaire, point de départ à son tour de nouvelles déglutitions et de nouvel apport d'air.

Enfin, on ne négligera pas la notion de l'imitation et bien des cliniciens spécialisés dans ces questions s'aperçoivent qu'ils sont devenus aérophages à la fin d'une journée où ils ont eu à observer beaucoup de ces malades.

Signalons pour terminer que le diagnostic devra envisager les conditions qui ont pu imprimer au tableau clinique une *forme* particulière. Le système cardio-vasculaire sera toujours l'objet d'une étude attentive, en particulier dans les formes cardiaques et l'on découvrira parfois une aortite ou une myocardite.

De même les formes asthmatiformes comportent parfois une véritable crise d'asthme déclenchée par le blocage gastrique et la gêne diaphragmatique et pulmonaire qui en résulte.

II. — Pronostic

Ces lésions particulières qui peuvent être à l'origine des différentes formes cliniques de l'aérophagie en assombrissent naturellement le pronostic.

En ce qui concerne le foie en particulier, l'aérophagie ne permet guère de présager l'évolution de ses affections pathologiques ; la convalescence comme la période d'état sont également susceptibles de la comporter.

Mais dans l'histoire, dans la genèse des maladies du foie, la notion et le traitement de l'aérophagie va nous permettre une avance souvent rapide vers le succès décisif de la thérapeutique, en rendant au malade l'appétit, la digestion facile, la tranquillité du sommeil et la suppression d'une infirmité pénible et préoccupante.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Le traitement essentiel se confond avec la thérapeutique hépatique qui devra être immédiatement instituée. Quant au traitement de l'aérophagie, notre définition de ce syndrome, en le séparant du météorisme parétique et des fermentations (gastriques des sténoses pyloriques... coliques etc...), le rend particulièrement tributaire des antispasmodiques.

I. — CRISES DRAMATIQUES.

On peut avoir la surprise de voir les crises les plus violentes cesser brusquement par une salve d'éructions à la suite d'un changement de position parfois très compliquée (genu-pectorale, accroupie, en chien de fusil...) Nous avons déjà indiqué comment dans les aérophagies bloquées, la sonde gastrique ou rectale, ou les deux à la fois, pouvaient libérer d'un seul coup le malheureux patient. Faute de cette instrumentation, ou bien dans les cas possibles où le passage de la

sonde est impraticable eu égard aux réactions nerveuses du malade, il faut aller au plus pressé et il arrive en pareil cas que l'on soit obligé de recourir à l'injection d'extrait d'opium ou comme le font couramment G. Parturier et Becquet, à celle d'hormone parathyroïdienne. C'est là le traitement d'urgence des formes spasmodiques avec éructations aboyantes.

Si le syndrome a une tendance à la forme cardiaque ou à la forme dépressive (sympathique), on ne manquera pas d'adjoindre à la médication calmante une dose notable de sulfate de spartéine, tonicardiaque et antitoxique.

L'injection de paratyrone (10 unités) au niveau de la région précordiale semble être actuellement une parfaite médication de ces cas délicats.

Chez certains malades, l'excitation nerveuse est telle qu'on est amené à les isoler complètement dans l'obscurité.

II. — FORMES MOYENNES

Ce sont surtout les formes moyennes qui sont l'objectif des traitements proposés contre l'aérophagie.

Ces traitements sont de deux ordres : les uns visent directement le tic par lequel des déglutitions répétées introduisent de l'air dans l'estomac ; les autres ont pour objet la cause de ces déglutitions et la cause de la rétention gazeuse.

Le premier moyen à employer pour essayer de gué-

rir ces malades de leur tic est de leur en expliquer le mécanisme.

Les muscles du fond de la gorge : piliers du voile du palais, base de la langue, portion moyenne du pharynx sont faits pour englober le bol alimentaire et le propulser vers l'œsophage. Il y a un rapport entre leurs dimensions, leur contraction, le volume de la cavité qu'ils limitent et le volume habituel du bol alimentaire. Ce dernier semble assez bien mesuré au minimum par l'instrument traditionnel qu'est la cuiller à bouche = 15 grammes. Si, au lieu de 15 grammes d'aliments ou de liquide, la langue ne pousse vers le pharynx que 5 grammes de salive, la masse propulsée sera faite de 5 grammes de salive + 10 centimètres cubes d'air au minimum (quelque chose d'analogue se produit dans la tachyphagie où le bol alimentaire s'adapte mal en trop ou en trop peu au gabarit du pharynx). Donc suspendons la déglutition de salive qui injecte chaque fois plus de 10 cc. d'air dans l'estomac ; pour la mieux éviter, gardons la bouche ouverte car le premier temps de la déglutition comporte la fermeture de la bouche : les arcades dentaires réunies servant de point d'appui à la pointe de la langue pour le deuxième temps : contraction des muscles du pharynx. (G. Parturier)

L'écartement des mâchoires sera au besoin obtenu à l'aide d'un coin en buis, d'un fume-cigare, ou mieux encore d'un tampon d'ouate ou d'un mouchoir qui aura l'avantage d'absorber la salive.

Mais l'on n'a pas tardé à se rendre compte que

même la bouche ouverte, avec les mâchoires largement écartées, les malades finissaient par déglutir autant qu'avant le traitement grâce à l'entraînement des muscles de la base de la langue et du pharynx ; aussi, en initiant le malade au mécanisme de son tic, lui rendait-on le pire des services, car son attention désormais fixée ne s'en détournait plus.

La plupart des cliniciens ont actuellement renoncé à cette méthode ; aussi bien « le mal n'est pas, dit Jacquelin, d'avaler de l'air, mais dans le besoin de l'avaler ». Et ce besoin peut naître d'un excès ou d'une insuffisance de salive, de la sensation d'un corps étrangers buccal, d'une cause pharyngée et d'une cause œsophagienne. F. Ramond et Jacquelin ont judicieusement insisté sur une gêne cardio-œsophagienne, qui appelle, comme remède, la déglutition.

Pour atteindre la cause avec certitude, nous ne manquerons donc pas de recourir à la compétence de l'oto-rhino-laryngologiste et du stomatologiste ; après avoir réglé l'alimentation et le traitement du syndrome vésiculaire, relevé la ptose génératrice de sialorrhée par un corset bien fait, corrigé la tachyphagie complété ou remplacé le dentier, écarté le tabac et les bonbons, reconnu l'intoxication accidentelle, professionnelle ou thérapeutique, cause de sialorrhée, nous pourrons baser notre thérapeutique sur les antispasmodiques qui constituent la partie principale du traitement. Il faudra également se rappeler que le charbon, par ses facultés d'absorption, est d'une réelle utilité dans la plupart des cas.

III. — ANTISPASMODIQUES

Tout d'abord, il faut éliminer la *généserine* qui est un sédatif puissant, mais qui offre par ailleurs l'inconvénient important d'exciter la salivation.

La *belladone* a au contraire l'avantage de diminuer la sécrétion en même temps que celui beaucoup plus important de calmer les spasmes. On peut prescrire :

Extrait fluide de belladone 30 centigr.

Extrait fluide de jusquiame 30 centigr.

Eau de laurier cerise 15 gram.

Teinture ammoniacale anisée 30 gram.

Eau de laitue Q. S. 150 gram.

1 cuillerée à café dans une infusion très chaude d'anémone pulsatille.

Il ne faut pas cependant oublier que la sécheresse de la bouche est aussi facteur d'aérophagie, aussi pourra-t-on préférer la jusquiame ; et surtout dans un état qui peut se prolonger pendant des semaines, il vaut mieux recourir à des antispasmodiques anodins ; tels que : anémone pulsatille, valériane, cratœgus, saule blanc, mélisse, anis étoilé, etc...

Anémone pulsatille. — Les propriétés antispasmodiques de l'anémone pulsatille sont connues et utilisées depuis longtemps puisqu'on l'employait contre l'asthme.

Depuis que M. Parturier a rattaché au choc anaphylactique certaines formes de colique hépatique, il a été amené à employer cette plante. Les résultats obtenus ont été de deux ordres : d'abord une sédation de la douleur locale, puis une réduction du syndrome aérophagique qui accompagne souvent la colique hépatique.

M. Parturier l'emploie sous trois formes :

1° Infusion de plante sèche d'anémone pulsatile à 10 %, prise très chaude, elle suffit souvent à ouvrir les orifices bloqués de l'estomac. En dehors d'une crise aiguë, on peut prescrire, un quart d'heure avant les repas, la prise d'une tasse à thé de cette infusion chaude. Le malade arrive ainsi à l'heure de son repas, détendu, l'estomac libre de son contenu gazeux en excès.

2° Extrait alcoolique (alcoolature), dix gouttes pour renforcer l'action de la tisane, à prendre avant les repas ou au moment des malaises aérophagiques.

3° En suppositoire :

Teinture d'anémone pulsatile	0 gr. 25
Extrait de cratægus	0 gr. 10
Extrait thébaïque	un centigramme
Excipient : Q. S. pour 1 suppositoire N° 6.	

Le Saule blanc. — « Les châtons de saule blanc sont réputés comme antispasmodiques. » (Parturier) mais on les emploie surtout dans les cas de douleurs et d'excitation génitale (H. Leclercq, Renon, Lyon et Loiseau).

En thérapeutique gastrique on les prescrivait contre l'atonie gastrique.

Avec M. Parturier, nous les utilisons :

1°) sous forme de tisane, infusion d'écorce et surtout de châtons (très difficiles à trouver à 25 %o ;

2°) l'extrait aqueux de châtons peut être pris à la dose de 2 gr. 5 à 5 gr. ;

3°) par la voie rectale, on peut le donner en lavement, car le suppositoire est difficilement supporté :

Extrait aqueux de châtons de saule blanc	5 gram.
Extrait de cratægus	0 gr. 10
Sulfate de spartéine	0 gr. 10
Laudanum	X gouttes
Décoction de racines de guimauve	150 cc.

La mélisse est connue depuis des temps reculés pour ses propriétés calmantes et antispasmodiques ; c'est même un remède populaire. Nous prescrivons les infusions de sommités fleuries à 15 %o dans les mêmes conditions que l'anémone pulsatille. L'extrait aqueux se donne par cuillerée à café.

La Valériane doit être plutôt prescrite en lavement à cause de l'odeur nauséabonde et du goût désagréable de la plupart des préparations.

Extrait fluide de rhizome de valériane	10 gram.
Extrait de cratægus	0 gr. 10
Laudanum	X gouttes
Décoction de racines de guimauve....	150 cc.

Le cratægus que nous joignons d'habitude aux

antispasmodiques précédents jouit lui aussi d'une action calmante appréciable. Il est en même temps un tonicardiaque souvent bien utile.

L'anis étoilé. — Des « carminatifs » classiques, l'anis étoilé est le plus souvent et sans doute le plus efficace. On peut d'ailleurs renforcer l'infusion en l'additionnant de *teinture ammoniacale anisée* : X gouttes pour une tasse.

IV. — PHYSIOTHÉRAPIE

A côté des substances médicamenteuses, il ne faut pas négliger les ressources de la thérapeutique externe.

Grands bains chauds auxquels bien des malades en état de crise aiguë ont dû une détente rapide.

Douches générales agissant sur le système nerveux : douches chaudes à 37° procédant par enveloppements de tout le corps dans une pluie fine doucement percutante, puis se terminant au bout d'une minute et demie au maximum, par un jet très chaud et fort sur les pieds.

Douche locale debout mais surtout aussi couchée sous forme d'un courant d'eau chaude à température graduellement élevée et versée sans force sur la région gastrique ou sur le côlon spasmé.

Dans de pareils états, on n'oubliera pas le parti qu'on peut tirer comme sédatif général des courants exponentiels et des rayons ultra-violets.

La gymnastique respiratoire rendra elle aussi d'excellents services, il en existe deux formes :

Le procédé de la bougie de Leven qui consiste à éteindre lentement une bougie par une expiration prolongée. On fera par jour 20 séries de 5 expirations prolongées :

La manœuvre de Chilaïditi, bien connue de ceux qui pratiquent la radiologie digestive ; elle comporte les temps suivants :

1°) expirer lentement et à fond comme si on voulait souffler une bougie ;

2°) à la fin de l'expiration, sans reprendre haleine, distendre le thorax au maximum, en creusant, en « avalant » le ventre.

Il faut faire ce mouvement quatre à cinq fois successivement et le répéter cinq à six fois par jour.

V. — HORMONE PARATHYROIDIENNE

A. Bécart (*Traitement opothérapique de l'aérophagie*. Société de Médecine de Paris, 22 Octobre 1932) avait préconisé pour lutter contre l'aérophagie, une thérapeutique complexe dans laquelle figurait l'extrait total de parathyroïdes.

Voici d'ailleurs une formule inspirée de cette méthode :

Poudre de parathyroïde	1 ming, 5
Poudre d'hypophyse	0 gr, 04
Surrénine	0 gr, 06
Poudre de foie	0 gr, 20
pour 1 cachet N°	- 2 cachets par jour.

A la suite de M. Parturier et de ses collaborateurs (Becquet, Launer, Sztrosberg), nous donnons la préférence à l'hormone parathyroïdienne sur l'extrait. De plus l'amélioration rapide que donne la paratyrone dans les syndromes aigus d'aérophagie s'est montrée aussi nette dans les cas chroniques. Dans cette dernière éventualité, la paratyrone est prescrite en ingestion, et, malgré les discussions que peut soulever son attaque par les ferments digestifs, les résultats cliniques sont apparus de façon incontestable.

Le malade prend le matin, à jeun, et immédiatement avant une infusion ou un verre d'eau, cinq à dix unités de paratyrone. Le petit déjeuner doit suivre à une demi-heure environ d'intervalle.

On peut également remplacer la prise matinale par un suppositoire à la paratyrone le soir au coucher.

Dans les cas aigus enfin, il faut recourir à une ou deux injections de 10 unités d'hormone.

Voici d'ailleurs quelques observations qui montrent comment peut être conduit ce traitement et quels en sont les effets.

OBSERVATION de Mr. D...

(vu avec le Dr. Parturier)

Mr. D... 63 ans, hépatique héréditaire, agité, surmené, sédentaire et trop nourri.

Industriel actif, il souffre de coliques hépatiques. L'une suivie d'un ictère en 1922.

A l'examen, on trouve un foie gros, débordant de trois travers de doigt, la vésicule biliaire est sensible, la rate est augmentée de volume, il existe en outre des hémorroïdes, signes objectifs d'une constipation

opiniâtre. En même temps ce malade présente une ou deux fois par semaine une crise consistant en une distension abdominale, douleur angoissante, qui fait croire à une angine de poitrine, le tout se terminant brusquement à la suite d'une émission bruyante de gaz.

Dans l'intervalle de ces crises, le malade présente un abdomen très distendu avec hypersonorité des fosses iliaques et surtout de l'aire gastrique. L'examen de la gorge, du nez, et des dents ne nous révèle pas de causes locales d'aérophagie. La salivation est modérée au moment de l'examen.

Le malade, hépatique des plus nets, traverse une phase de préoccupation, d'exaltation nerveuse et d'insomnie. La paratyronie est ordonnée en ingestion, à raison de 10 unités le matin à jeun, un jour sur deux.

Le 14 Janvier, le malade est revu : au bout de 10 jours de cure, il a pris cinq fois la paratyronie. Il n'a pas eu ses crises habituelles. Il est moins gêné, en tous cas il ne souffre plus du cœur. On note encore une certaine distension abdominale avec aérogastrie, mais l'aérocolie n'est pas notable.

Le 11 Février, le malade se trouve très bien, complètement détendu. Le ventre présente un volume à peu près normal et on ne trouve qu'une aérogastrie très limitée, et ceci, immédiatement après le déjeuner.

ORSERVATION de Mr. de G...
(Dr. Parturier)

Mr. de G..., 58 ans, coliques hépatiques anciennes avec syndrome de calcul du cholédoque en 1921.

Vu le 5 Janvier 1935 pour palpitations, douleurs précordiales avec défaillance. Syndrome qui a été diagnostiqué *angor pectoris* par un confrère distingué, le

traitement comportant de la riodine à laquelle le malade attribue l'exaltation de ses douleurs hépatiques. Une étude radiologique du cœur et de l'aorte est conseillée, le malade la fait pratiquer, elle ne décèle aucune anomalie. La tension artérielle habituelle est de 15 ou 16/ 8,5 ou 9. Dans ces conditions, il semble que l'on puisse s'arrêter au diagnostic de forme pseudo-angineuse de l'aérophagie, qu'avait suggéré la constatation d'une considérable aérogastrie.

La paratyrone est administrée *per os* à la dose de 10 unités, le matin à jeun, de deux jours en deux jours. Au bout de 20 jours, le malade, ayant pris 10 doses, déclare être débarrassé des angoisses et des douleurs précordiales qui le préoccupaient.

La T. A. est abaissée à 13 1/2 ° 1/2.

Le foie qui débordait de 2 doigts ne déborde plus que d'un.

La vésicule biliaire qui présentait un point douloureux très net est à peine sensible.

La percussion de la région gastrique ne donne plus que la résonnance normale de l'espace de Traube.

OBSERVATION de Mr. Ma...

(vu avec le Dr. Becquet)

Mr. Ma..., 40 ans, industriel.

A l'âge de 20 ans, crise de rhumatisme articulaire aigu avec atteinte cardiaque (myocardite ?).

A toujours été délicat de l'estomac ; mais, à 26 ans, un épisode aigu survient qu'il dénomme intoxication alimentaire : vomissements abondants et répétés, suivis d'un léger ictère.

Ses affaires l'amènent à user et abuser de la bonne chère et de boissons alcoolisées. Il a d'ailleurs un peu

- de couperose, en même temps que du subictère, mais pas de tremblement.

Le foie, comme la rate, paraît augmenté de volume à la percussion, qui dénote aussi une forte aérogastrie. La palpation est rendue impossible par l'extrême « impressionnabilité » de la paroi qui ne laisse percevoir que les battements violents de l'aorte abdominale.

Le malade explique que ses malaises consistent surtout en crise de gonflement et de crampe épigastrique, qui le tourmentent souvent plusieurs heures du jour et de la nuit, lui « gênant le cœur », puis cessent brusquement avec une salve d'éructations.

Il salive abondamment et exécute de fréquents mouvements de déglutition, qui augmentent encore quand on lui en fait l'observation.

Une cure de Paratyrone est commencée le 3 Janvier, revue le 18 Janvier, le malade exprime son étonnement de n'avoir plus éprouvé ses malaises habituels, « malgré l'énervement des séances « de Bourse ». Il se sent plus d'aplomb et conserve davantage son sang-froid.

A l'examen, la palpation, cette fois possible, rencontre le pôle inférieur de la rate qui déborde les côtes, perçoit le foie qui est augmenté de consistance, mais non de volume, les doigts sont soulevés par les battements de l'aorte dont la sensibilité paraît avoir nettement diminuée.

OBSERVATION de Mme F....

(Dr. Becquet)

Mme F...., 58 ans.

A eu trois enfants et une fausse couche ; ménopausée à 52 ans ; elle a souffert de coliques hépatiques depuis son deuxième accouchement.

Il y a un an et demi, elle a observé pour la première

fois une gêne douloureuse différente de celle de sa cholécystite. Vers la fin d'un dîner accompagné de boissons glacées, elle a été prise brusquement d'une crampe violente entre le sternum et la colonne vertébrale. Elle quitta en toute hâte la table qu'elle présidait pour rejeter, non pas un de ces vomissements biliaires qu'elle connaissait bien, mais les gorgées de sorbet aux framboises qu'elle venait d'absorber. Depuis lors, des accidents semblables se sont répétés de plus en plus souvent, jusqu'à modifier le genre de vie de la malade. L'alimentation est pour elle un vrai problème. Elle n'arrive à manger efficacement, c'est-à-dire à garder la nourriture que si elle est seule et tranquille, sinon elle rend tout en partie, tantôt dès les premières bouchées, tantôt quand une masse importante d'aliments s'est accumulée, que ces aliments soient d'ailleurs liquides ou solides.

Des crises douloureuses sous-hépatiques et des crises de distension épigastrique viennent compliquer ce tableau clinique. La malade a maigri considérablement : 18 kilogs en 18 mois. On a parlé, dans l'entourage, de cancer de l'œsophage, mais un examen radiologique n'a montré qu'un spasme de la moitié inférieure de ce conduit.

Un jour la malade fait appeler un médecin d'urgence. Elle a reçu sans préparation la nouvelle d'un accident survenu à son fils, et de même qu'elle avait eu autrefois des crises hépatiques à la suite d'émotions violentes, elle est prise, cette fois encore, d'une crise, mais d'une forme nouvelle. La malade est debout, la face congestionnée, tantôt tendue en avant, tantôt ramenée menton contre poitrine, étouffant de ne pouvoir presque respirer, occupée qu'elle est à vomir de l'air sous forme d'éruptions bruyantes, ou à en déglutir bruyamment.

Le souvenir d'accidents cardiaques survenus chez cette malade fait écarter les calmants classiques et une première injection de 10 unités de Paratyrone est pratiquée ; l'effet très net au bout de quelques minutes, étant cependant insuffisant, on injecte une nouvelle

dose à l'appendice xipho-costal. Cette fois, l'accalmie est complète et le traitement poursuivi les jours suivants suffit non seulement à écarter la menace de tels accidents, mais à débarrasser peu à peu la malade de son spasme œsophagien, à tel point qu'elle pouvait reprendre quelques mois plus tard une vie normale ou presque.

CONCLUSIONS

Nous pensons que l'on peut encore parler d'aérophagie, mais à condition d'en préciser les limites. On pourrait la définir, avec G. Parturier, *l'ensemble des accidents liés à l'excès de l'air ingéré sur l'air résorbé ou évacué, par un tube digestif intolérant et prédisposé aux spasmes.*

En tous cas, les aspects divers que revêt l'aérophagie se séparent nettement : parmi les syndromes aigus, de la dilatation paralytique post-opératoire, du tympanisme de la péritonite, et parmi les syndromes chroniques, du météorisme ascitique.

Il s'agit là de phénomènes passifs liés à un état parétique du tube digestif. Par la sonde introduite dans l'estomac ou le rectum aucun gaz ne s'échappe spontanément, il y faut un mouvement du malade ou une compression abdominale ; dès qu'elle cesse, le ventre reprend son ballonnement antérieur.

Au contraire, dans l'aérophagie, phénomène actif, accompagné de spasmes, « le cathétérisme donne issue à une quantité considérable de gaz complètement inodores qui s'échappent bruyamment au dehors » (Castaigne).

Mauban estime à la moitié des cas la fréquence de l'aérophagie chez l'hépatique. Un certain déséquilibre du système nerveux végétatif, un état spasmodique plus ou moins accentué, souvent parallèles aux dysfonctions du foie, la favorisent en effet.

Ses aspects cliniques très variés, suivant le siège, gastrique ou intestinal, suivant telle ou telle épine irritative (pulmonaire, cardiaque) tiennent au viscère intéressé, mais aussi et peut-être surtout aux réactions réflexes qu'entraîne la distension d'organes creux (estomac, intestins) et encore aux compressions anatomiques de voisinage exercées par ces organes : refoulement du cœur par l'estomac, bilocation gastrique par l'angle colique gauche etc...

Le diagnostic pourra donc soulever d'importantes difficultés dans l'ordre de la cardiologie, de l'asthme, des syndromes du flanc droit ou du flanc gauche, de la gastrologie, de l'entérologie (appendicite) et de l'hépatologie.

Chez l'hépto-biliaire, on ne négligera pas de rechercher les causes qui ont pu déclencher le syndrome et l'on sera ainsi conduit à l'examen des voies respiratoires supérieures, du système cardio-vasculaire, du système nerveux végétatif. La vivacité des réflexes et éventuellement le signe de Chvostek plutôt que celui de Trousseau, surtout après l'épreuve de l'hyperpnée provoquée, pourront déceler un état spasmodique et orienter l'examen vers les glandes à sécrétion interne.

On envisagera le pronostic de l'aérophagie en liaison avec celui de l'état du foie, la guérison de l'aéro-

phagie facilitant celles du foie et inversement. Les deux thérapeutiques devront donc être simultanées.

Dans les cas aigus, le traitement mécanique (position du sujet, sonde gastrique ou rectale) fait parfois merveille souvent cependant il sera nécessaire de recourir à une thérapeutique antispasmodique d'urgence, que nous trouvons actuellement dans l'injection de paratyrone.

C'est encore la paratyrone, qui, sous forme de suppositoires, nous rendra le même service dans les cas chroniques. Accessoirement on pourra y associer d'autres antispasmodiques, à condition qu'ils n'influencent pas la salivation : anémone pulsatile, saule blanc, mélisse et le vieil anis étoilé renforcé de teinture ammoniacale anisée.

Hydrothérapie, gymnastique respiratoire, rayons ultra-violets et courants exponentiels complèteront au besoin ce traitement de l'aérophagie des hépatobiliaires.

Vu et approuvé
Le Doyen de la Faculté de Médecine
L. SPILLMANN

Vu : le Président de Thèse,
M. PERRIN

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie,
L. BRUNTZ
Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBANIE. — Aérophagie chez les dyspeptiques (*Arch. Médic.* Angers, 1905, p. 81).
- AMENILLE. — Rôle de la pharyngite dans la production de l'aérophagie (*Soc. Méd. des Hôpit.*, Mars 1927)
- ANGÉ J. — Sur deux cas d'aérophagie (*Bull. Soc. Path. Exot* 124, p. 744 - 747. 1931).
- D'ARSONVAL. — L'aérophagie ; Mécanisme respiratoire *C. R. de l'Acad. des Sciences*, N° 20, 17 Nov. 1924).
- AUBOURG Paul. — Hyperpneumocolie (*Presse Médic*, 23 Septembre 1933).
- BARSOVY et KOPPENSTEIN. — Ein typischer speiserohrenbefund bei aerophagie speiserohrenstudien (*Rontgen praktis*, 6 : pag. 425, 427, Juillet 1834).
- BAYER L. — Rontgenlogische Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Magendarmkanals. Die Magenblase physiologische Bedeutung der Fornix, der Kardia mechanismus, formen der Aérophagie (*Forschr. ad. geb. d. Rontgenstrahlen*, 49 : p. 547 - 566. Juin 1934).
- BECART A. — Traitement opothérapique de l'aérophagie (*Société de Médec. de Paris*, 22 Oct. 1932).
- BÉCLÉRE H. — Les images abdominales en tuyaux d'orgue (*Presse Médic.*, 25 Avril 1936).
- BÉCLÉRE et MOUTIER. — Aéro-œsophagie (*Société Gast. Entér.* Paris, 12 Juillet 1926).

- BORDIER. — La diathermie dans l'aérophagie (*Paris Méd.* Déc. 1925). — Efficacité de la diathermie dans l'aérophagie (*Bull. Génér. de Thérap.*, 1926. p. 328).
- BOSCO G. — La patogenia de la angina de pecho en la aerofagia (*Semana Med.*, 2, 10 Juillet 1931).
- BOUCHUT. — L'aérophagie et son traitement. — *J. de Méd.* de Lyon, 1922, N° 52 p. 147.
- BECQUET R. — Action thérapeutique de l'hormone parathyroïdienne, Vigot, 1937.
- BRIAN E. — L'aérophagie (*Le Mouvement sanitaire*, Nov 1934).
- CAIN André et M^{lle} BERNAUD. — L'aérocolie de l'angle gauche.
- CAUSSE R. — Séméiologie des dysphagies (*Presse Méd.*, 4 Déc. 1935).
- CARRAVETTA M. — L'aerofagia (*Riforma med.*, 15 Décembre 1930).
- CHÊNE P. — Les dyspepsies nerveuses (Thèse Paris, 1929-1930).
- COUTURAT J. — Les troubles cardio-vasculaires réflexes des digestifs (*Presse Médic.*, 12 Février 1936).
- DEJUST H. — Traitement de l'aérophagie par la douche actinique (*Presse Thermale et Clim.*, Mai-Juin 1932).
- DELIENCOURT. — Les pseudo-dilatations gastriques de l'enfant (*Prat. Méd. Franc.*, Juillet 1932).
- DIENA G. — L'aérofagia (*Minerva Med.*, 7 Avril 1930).
- DOBROVICI A. — Formes Cliniques de l'aérophagie (*Les Sciences Médicales*, 30 Novembre 1930).
- DYES O. — Roentgen examination of stomach in aerophagy (*Fortsch. a. d. geb. d. Rontgenstrahlen*, Sept. 1930).
- ERFAN M. — Aerophagia (*J. Egyptian M. A.*, Mai 1931).
- FAROY et DEBRAY. — L'aérophagie (*Ann. Méd. prat.*, 1922, p. 9).

FIEVEZ. J. — L'Hyperaérophagie (*Concours méd.*, 29 Juin 1930).

FLORA. — Les accidents cardiaques de l'aérophagie (Thèse Paris, 1925).

FRIENDENWALD J. et S. MORISSON. — Clinical study of aerophagia (*New. Engl. J. Méd.*, 29 Juin 1933).

GALLART MONES F. et A. PINOS. — L'aérophagie existe-t-elle ? (*Arch. d. Mal. de l'App. Dig.* 21, p. 382 - 394, Mars 1931).

IRIBARNE. — Aérophagie et insuffisance nasale (*Bruxelles Méd.*, 1927, p. 361).

JACQUELIN, RAMOND et BORRIEN. — L'aérophagie (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1921).

JACQUELIN C. — La légende de l'aérophagie (*Bulletin Méd.* 26 Mars et 2 Avril 1932).

— Insuffisance du diagnostic « Aérophagie » chez les éructeurs (*Cahiers de Gastro-Entér.* suppl. N° 3 de la *Gaz. Méd. de France*, 1^{er} Juin 1932).

— Des limites à la notion et au diagnostic de l'aérophagie (*Presse Médic.*, 17 Août 1932).

JACQUET P. — Les vertiges en clinique. Ptoses, vertiges et aérophagie (*Journ. Méd. Fr.*, Novembre 1929).

— Les à-côtés de l'aérophagie (*Monde Médic.*, 15 Nov. 1929).

KOLACHER A. — Thérapeutic application of chronic aerophagy in idiopathic obstruction of œsophagus (*Sovet. vrach. gaz.*, 15 Juin 1933).

LAIGNEL, LAVASTINE, BONNARD et GAULTIER. — Syndrome de Claude BERNARD-HORNER traumatique avec maladie de DUPUYTREN et anxiété paroxystique (*Rév. Neurol.*, Décembre 1934).

LAUPRETE C. — Contribution à l'étude de l'aérophagie (Thèse Paris, 1931-1932).

- LÉLONG M. et P. AIME. — Etude physio-radiologique de l'aérophagie du nourrisson. Conditions de l'ingestion d'air et de son évacuation, déductions thérapeutiques (*Bull. Soc. de Pédiatrie de Paris*, Mars 1935, p. 230-252).
- LEVEN. — L'aérophagie, Masson 1920.
- L'aérophagie, G. Doin 1934.
- Aérophagie, angine de poitrine et mort subite (*Presse Méd.*, 16 Mars 1929).
- LIAN. — Les troubles cardiaques des aérophages (*Journ. Méd. et Chir. prat.*, 10 juillet 1926).
- L'asphyxie aiguë dans l'aérophagie (*L'Hôpital*, Avril 1937).
- LIAN et DESCOURTS. — Aérogastrocolie. (*Presse Médicale*, 22 Octobre 1924 et *Journ. Méd. Fr.*, 1925 : *Ann. Méd. Prat.*, 1926).
- LIVET L. — L'aérophagie spasmodique et son traitement. (*Bull. Acad. Méd. Paris*, LXXXVII, 1922. N° 8, 21 Février).
- LOEPER M. et TURPIN. — Les gastronévrites. (*Progrès Méd.*, Juill. 1936).
- LOEPER M. M^{lle} RIOM et P. PERREAU. — Syndromes nerveux dans le cancer de l'œsophage. (*Presse Méd.*, 24 Juin 1936).
- MANDONNET. — Les contractions péristaltiques visibles de l'estomac sans sténose du pylore dans l'aérophagie. (Thèse Paris, 1925).
- MARCENAC. — Remarques sur le tic aérophagique à l'appui de l'opération de Forsell. (*Bull. de l'Acad. Vétérin. Fr.*, Juin 1932).
- MARIQUE et PAQUET. — Aérophagie. (*Soc. Clin. des Hôp. de Bruxelles*, 11 Janvier 1930).
- MAUBAN H. — L'aérophagie souvent premier symptôme d'une cholécystite et son traitement par la cure de Vichy. (*Soc. d'Hydrol. et Clim. Paris*, 2 Décemb. 1935 et *Presse Therm. et Clim.*, 1^{er} Mars 1936).

- MEHDI AZAR. — Contribution à l'étude des fausses aérophagies de la dyspneumatose gastro-intestinale. (Thèse Paris, 1934).
- MEUNIER L. — Traitement de l'aérophagie. (*Presse Méd.*, 27 Août 1921).
- MIHAILESCU et D. POPOVICI. — Unusual case of aerophagy. (*Rev. san. Mûl. Bucaresti*, Août 1933).
- MITTERMAIER R. — Aérophagie der Folke einer post-diphtherischen Schlucklähmung. (*Itsche. f. laryng. Rhin otol.*, 25 p. 428-432, 1934).
- MONGES J. — La fausse aérophagie par intolérance gastrique à l'air, son mécanisme. (*Comité Méd. des Bouches-du-Rhône*, 2 Mars 1934 et *Marseille Méd.*, 5 Déc. 1934).
- MONTEIRO E. — Aérophagie. (*Prensa Med. Habana*, 15 Août - 13 Sept. 1931).
- MOREAU L. — L'aérophagie, étude clinique et radiologique. (*Cahiers prat. Méd. Chir.*, Sept. Oct. 1930).
- MOXO QUERI S. — Consideraciones sobre dos casos de aérofagia. (*Ann. Hosp. de Santa-Cruz y San-Pablo*, 15 Sept. 1931).
- NARBONI G. — Contribution à l'étude de l'aérophagie bloquée. (Thèse Paris, 1920-21).
- PARTURIER G. — Aérophagie. (*Monde Méd.*, 15 Mai 1931).
- Traitement des syndromes hépato-biliaires. (Vigot 1931).
- Phytothérapie hépato-biliaire, 1931).
- Leçons d'Hépatologie. (Vigot 1929).
- Syndromes Hépato-endocriniens. (Vigot, 1935).
- Traitement de l'Aérophagie (*J. des Sc. Médic. de Lille*, 28 Juin 1931).
- Foie et Parathyroïdes. (Vigot, 1936).
- PARTURIER G., LAUER et SZTROSBERG. — Foie, parathyroïdes et aérophagie. (*Rev. Méd. Chir. des maladies du foie*, Juillet-Août 1935 et *J. des Sc. méd. de Lille*, 18 Juillet 1935).

- PECUS E. — Traitement des gastro-névroses aérophagiques chez l'homme et chez le cheval. (*Rev. de Path. Comp. et Hyg. Générale*, le 20 Juin 1926).
- PENTZ G.-L. — Aérophagie gastro-intestinale bloquée. (*Geneesk. Gids* 8, p. 36-41, 10 Janvier 1930).
- PRON L. — L'aérophagie. (*Le praticien de l'Afrique du Nord*, 15 Décembre 1928).
- Coup d'œil au point de vue historique et pathogénique sur l'aérophagie. (*J. des Praticiens*, Janv. 1932 et *Rev. Gén. de Clin. et Thér.*, Janvier 1932).
- RAMOND F., JACQUELIN et BORRIEN. — Les spasmes gastriques. (*Presse Médic.* 20 Juillet 1921).
- RAMOND F. — L'aérophagie bloquée. (*Bull. Méd.*, 4 Août 1920).
- L'aérophagie, l'aérophagie libre, l'aréophagie bloquée. (*Rev. Prat. des Mal. des Pays Chauds*, 1923).
- RAMOND F. et LAUPRETRE. — La influencia de la aerofagia sobre la circulacion. (*Arch. argentín. de enferm. d. app. dig. y de la nutrición* 8, p. 455-460, Avril-Mai 1933).
- RAMOND F., POPOVICI et DANY. — L'aérophagie. (Masson 1933).
- RAMOND F., ZIZINE et VANIER. — Quelques considérations sur l'aérophagie. (*Progrès Méd.*, 17 Novembre 1931).
- RAVINA A. — L'aérophagie. (*Vie Médic.*, 31 Octobre 1924).
- ROMERO CALATAYD A. et E. LUENGO MUNOZ. — Consideraciones sobre un caso de aerofagia. (*Rev. Espag. d. las. Enferm. d. app. dig.*, Août 1935).
- ROUX. — Contribution à l'étude de l'aérophagie. (*Centre Médic.*, 1^{er} Mars 1924).
- SAIDMAN J. — La radiothérapie de l'aérophagie. (*Acad. des Sc.*, 25 Novembre 1929).
- SOLER C. et DOPFF. — Considérations sur le traitement de l'aérophagie. (*Rev. Méd. Barcelone*, Mars 1928).

SULEM A. Contribution à l'étude des déformations de l'estomac par aérocolie (Thèse Paris. 1933).

TARNAUD G. — Aérophagie et O.R.L. *Ann. des Malad. de l'Or. et du Lar.*, Août 1930).

TISON. F. — L'aérophagie. (*Le Courrier Méd.*, 31 Décembre 1935 et *Vichy Méd.*, Février 1936).

TUSSAN. — Aérophagie chirurgicale. (*Renaissance Méd. Chir.*, Mai 1927).

WINKELSTEIN. — Some clinical features of air swallowing. (*G.A.M.A.* 10 Mai 1930).

ZORRILLA A. et POLANCO. — La aerofagia id los lactantes. (*Arch. esp. de Pediat*, Avril 1931).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE I. — ETUDE CLINIQUE	11
I. — Physionomie clinique	12
II. — Description	15
Signes fonctionnels	19
Signes physiques	24
Radiologie	26
CHAPITRE II. — FORMES CLINIQUES	29
I. — D'après la communication des po- ches digestives avec l'extérieur	29
II. — D'après le siège	30
III. — D'après la réaction du système nerveux végétatif	36
IV. — D'après la violence et l'étendue du syndrome spasmodique	38
CHAPITRE III. — Diagnostic et pronostic	39
I. — Diagnostic	39
II. — Pronostic	45

CHAPITRE IV. — TRAITEMENT	47
I. — Crises dramatiques	47
II. — Formes moyennes	48
III. — Antispasmodiques	51
IV. — Physiothérapie	54
V. — Hormone Parathyroïdienne	55
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	67

